Aus der chirurg. Abt. des Zahnärztlichen Instituts der Universität
zu Berlin. Direktor: Prof. Dr. Williger.

Gesichts- und Kieferdeformitäten
infolge angeborenen Schiefhalses.

AUSZUG
aus der
Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde
an der
Friedrich - Wilhelms - Universität
zu Berlin.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Vorgelegt von
WILHELM KRÖGER
approb. Zahnzarzt
Assistent am Zahnärztl. Universitäts-Institut zu Berlin.

Tag der Promotion: 15. April 1921.

Druck: Fänger & Heimann, Charlottenburg, Krumme Straße 2.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Berlin.

Dekan: Geheimrat Prof. Dr. **Rubner.**
Referent: Professor Dr. **Willinger.**

Als Einführung gibt die Dissertation eine Uebersicht über die verschiedenen Theorien, die im Laufe der Jahrhunderte die Aetiologie des Caput obstipum zu erforschen suchen. Es stehen sich drei Ansichten gegenüber: Roonhuysen stellte 1680 die kongenitale Theorie auf, der sich sein Zeitgenosse Tulpius anschloß. 1834 widerspricht Stromeyer dieser Auffassung und macht für die Genese des Caput obstipum ein intra partum entstehendes Trauma verantwortlich. Gegen Stromeyers Theorie wendet sich Petersen, der gleich Roonhuysen den Torticollis als ein intrauterin erworbenes Leiden ansieht. Durch die in neuester Zeit von Sippel auf Röntgendiagnostik gestützten Forschungen hält Verfasser den kongenitalen Ursprung für bewiesen.

Im 2. Teil bringt die Arbeit Betrachtungen über die mit Schiefhals koordinierte Gesichts- und Schädelasymmetrie, für die Witzel die treffende Bezeichnung Scoliosis capitis vorgeschlagen hat. Mit Völcker steht Verfasser auf dem Standpunkt, daß die Scoliosis capitis gleich dem Torticollis intrauterin angelegt ist. Als aetiologische Faktoren kommen dabei

1) stark gespannte Uteruswand Erstgebärender,
2) Tumoren im Uterus oder in dessen Umgebung,
3) besonders große oder mehrere Früchte,
4) Fruchtwassermangel

in Betracht.

Im 3. Teil wird eine Beschreibung eigener klinischer Beobachtungen wiedergegeben.

Ein Fall von linksseitigem Torticollis zeigt eine auffallende Asymmetrie beider Gesichtshälften. Bei vergleichenden Messungen wurde eine erhebliche Deviation der Sagittalebene (die die Verbindungslinie normalerweise in der Mitte liegender Punkte darstellt) gefunden. Am auffallendsten war die um 1,5 cm nach der kranken Seite gerichtete Verschiebung der Symphysis mandibulae; damit verbunden war auch eine Verschiebung der Mitten des Ober- und Unterkiefers, so daß die Mitte der unteren Schneidezähne um eine ganze Zahnesbreite nach der kranken Seite abwich. Der Befund wird durch 5 beigefügte Aufnahmen gezeigt. Es folgen dann die Angaben der in der Bier'schen Klinik aufgestellten Messungen, die übereinstimmend eine extramediale Verschiebung der Kiefermitten ergaben, ferner Messungen an Neugeborenen (Städtisches Krankenhaus für Geburtshilfe, Prof. Keller), die auch skoliotische Schädelveränderungen zeigten. Verfasser kommt zu dem Schluß, daß der

Schiefhals und mit ihm die Gesichts- und Kieferdeformitäten intrauterin vorgebildet sein müssen.

Die Therapie richtet sich nach dem Grade des Leidens. Ist eine Operation notwendig, so besteht sie in einer offenen Durchschneidung des verkürzten Musc. sternocleidomastoideus.

Die therapeutische Maßnahme soll bei Schiefhals darauf gerichtet sein, daß das Knochenwachstum in der Richtung, in der es zuvor gehemmt war, gefördert wird. Es sind genügend Fälle beobachtet worden, in denen nach chirurg. Eingriff eine Abnahme der Schädelasymmetrie sich einstellte, und diese Rückbildung ließe sich in manchen Fällen noch schneller erreichen, wenn mit der Durchschneidung und orthopädischen Maßnahme eine zahnärztlich orthopädische Mitwirkung Hand in Hand ginge, welche die Kiefer allmählich in ihre physiologisch funktionelle Beziehung bringen würde.